



A relação médico-doente: da fisiologia à fenomenologia (1)

A estrutura de uma relação terapêutica depende de um conjunto de factores cuja descrição, nos últimos anos, tem sofrido uma grande mudança. De facto, desde os trabalhos pioneiros de DiMascio et al. (1957) e de McCanon e Appel (1971) que se tem vindo a desenvolver um conjunto de estudos cujos resultados sugerem que a recepção interaccional de mensagens estava associada a alterações da frequência cardíaca, quer do doente quer do terapeuta. Mais especificamente, a recepção ao nível do Sistema Nervoso Vegetativo (SNV) de mensagens de tipo crítico, conflitual ou confrontativo resultava num aumento do tonus daquele sistema e o envio dessas mensagens estava associado, no terapeuta, a aumentos e a diminuições na actividade electrodérmica ou a descidas do ritmo cardíaco.

Estavam, deste modo, lançadas as bases para a investigação fisiológica dos fenómenos específicos de uma interacção humana, hoje englobados sob a designação de estudos de fisiologia partilhada. Este conjunto de estudos constitui uma ruptura com a investigação que vinha sendo feita neste domínio, já que a fisiologia é geralmente vista como um fenómeno privado, intra-pessoal, ao contrario da empatia que, na sua essência, constitui um fenómeno inter-pessoal (Levenson e Ruef, 1992).

De facto, os estudos sobre a fisiologia partilhada, acabaram por revelar que as respostas fisiológicas de duas pessoas em interacção podem evidenciar uma considerável relação e ligação, sendo mesmo aceite que a sintonia da fisiologia constitua o substrato fisiológico da empatia, traduzida por uma semelhança e interacção entre a capacidade de perceber, de uma forma adequada, os sentimentos do outro e os padrões de resposta fisiológica entre ambos. Realço esta necessidade de perceber de uma forma adequada os sentimentos de outra pessoa como o aspecto mais importante deste processo empático já que, sem isso, será difícil sentir o que o outro sente ou responder-lhe com validade afectiva.

Os resultados destes estudos implicaram uma reformulação do conceito de empatia, passando a considerar-se uma resposta empática como uma resposta emocional que é congruente -- cognitiva e fisiologicamente -- com a resposta emocional do outro. Esta reformulação permitiu conduzir um conjunto de estudos centrados sobre os efeitos (no doente e no terapeuta) da atitude empática, nos quais se partia das implicações ao nível fisiológico para extrapolações ao nível comunicacional.

Por exemplo, Batson e Coke (1983) sugeriram que a tomada da perspectiva do outro conduz a um aumento da sua resposta empática e subsequentemente a uma subida na sua motivação para o ajudar a lidar com a situação problemática. Pretendeu com estes dados confirmar os resultados de Gormly (Gormly, 1974; Baugher e Gormly, 1975) quando sugeriram que, se o doente recebe sugestões no sentido da resolução de um problema quando o que estava à espera seria de validação afectiva, tenderá a experienciar esse facto como desacordo, constituindo um elemento de activação do SNV do doente em sofrimento.

Assim se pode prever que a oferta de soluções quando a validação afectiva seria mais eficaz equivale a deixar o doente sentir-se não atendido e, simultaneamente, num estado de activação





vegetativa; mas equivale, também, a deixar o terapeuta incongruente, porque a sua motivação para ajudar não teve um adequado sucesso, conforme Batson e Coke sugeriram. Para além disso, a intercorrelação da resposta vegetativa e a troca social podem conduzir a um ciclo de afectos negativos entre o terapeuta e o doente. De facto, D'Augelli e col., (1978) e Ehrlich e col. (1979) demonstraram que as pessoas que procuram ajuda tendem a procurar terapeutas com graus elevados de empatia, em vez de terapeutas que oferecem sugestões; por sua vez, Lehman e col. (1986) demonstraram que as pessoas em sofrimento tendem a considerar os médicos que os escutam como indivíduos com mais potencial de ajuda quando esses médicos permitem uma "oportunidade para ventilar os sentimentos" e não quando lhes são dados conselhos.

Todos estes estudos, que sumariamente referi, centraram-se em aspectos interaccionais específicos e nos seus concomitantes fisiológicos durante breves períodos de tempo.

Mas este domínio de investigação estendeu-se também para um âmbito mais lato: o dos efeitos a longo termo ao nível do bem-estar, como consequência de encontros significativos entre o médico e o seu doente.

Vários estudos sobre o papel deste tipo de interacções nos problemas da saúde e no bem-estar em geral sugerem que a falta de relacionamentos íntimos, confidentes ou com baixo grau de empatia, de reciprocidade e de proximidade podem (1) colocar uma pessoa em risco para uma variedade de sintomas físicos; (2) aumentar o risco de mortalidade; (3) atrasar o ritmo de recuperação de uma doença (Miller e Ingham, 1976; Edelstein e Linn, 1985, entre outros).

Através da avaliação por intermédio de variáveis psicofisiológicas (nomeadamente o ritmo cardíaco e a actividade eléctrica da pele), os estudos sugerem que a intimidade e a compreensão empática são dois dos componentes mais importantes para a construção de um tipo de relacionamento entre duas pessoas facilitador do desenvolvimento de um sentimento de ser ajudado e de ser apoiado. Este tipo de sentimentos têm sido considerados como elementos importantes para que uma relação seja considerada significativa (Lehman e col., 1986).

Tendo em consideração estes estudos no domínio da "fisiologia partilhada", pode-se concluir que uma comunicação adequada, centrada na abertura, na validação afectiva e na empatia, constitui um papel essencial na manutenção da saúde. Mais recentemente, uma série de trabalhos tendem a explicar estes dados através da interferência com o sistema da imunocompetência. A ideia de base nestes trabalhos é a seguinte: o sistema imunitário pode ser indirecta e gradualmente afectado pelo estado de humor persistente do sujeito, que por sua vez pode ser determinado por alterações repetidas nas relações significativas. De facto, relações qualitativamente pobres e/ou com privação de relações íntimas têm sido associadas com a depressão (por exemplo, Brown e Harris, 1978) a qual, por sua vez tem sido associada a défices da imunocompetência (cf. p. ex., Marques-Teixeira, 1998).

Os dados que acabei de rever sugerem uma associação dinâmica entre os processos de interrelação e a resposta vegetativa e sugerem que esta associação pode ter implicações de longo termo no bem-estar pessoal. Ou seja, os dados objectivos que investigam a diada médico-doente e as características das relações inter-humanas em geral, apontam para uma clarificação sobre o tipo de atitudes com maior impacto nos sujeitos, depreendendo-se, facilmente, as condições a que deverá obedecer o desenvolvimento de uma política de promoção da saúde, baseada nos aspectos psicológicos da relação médico-doente.

Eis, em síntese, o que nos confirmaram e infirmaram os diferentes estudos que pretenderam desvelar a relação médico-doente a partir do impacto das diferentes atitudes comunicacionais na dinâmica de duas fisiologias, as quais se verificou serem também alvo de um processo de partilha ou sintonia.





Que conclusões poderemos, verdadeiramente, retirar deste conhecimento? São, essencialmente, conclusões de duas naturezas: primeiro, que existe uma interacção dinâmica entre os comportamentos interaccionais dos indivíduos e as suas respostas psicofisiológicas, de tal modo que os efeitos subjectivos ou somáticos são um resultado directo deste processo dinâmico; segundo, que em vez de elucidar os aspectos específicos dessa interacção, a investigação caminha para a identificação das respostas psicofisiológicas específicas que devem ser utilizadas ou que são afectadas por esses aspectos particulares da comunicação inter-pessoal. Ou seja, se bem que estes dados tenham trazido clarificações e confirmações quanto ao papel das diferentes atitudes interaccionais, pouco avançaram na elucidação dos aspectos próprios ao espaço real e virtual entre o médico e o doente. Este espaço inter-subjectivo continua por isso inefável, indizível, abismático.

Este pequeno percurso conduziu-nos a uma barreira que não é transponível por metodologias quantitativas nem por abordagens experimentalistas.

Sendo assim, como poderemos penetrar nesse espaço que liga o médico ao doente no afã da relação? Isso só será possível mudando o instrumento de leitura; isto é, mudando de metodologia. Só a leitura fenomenológica pode ajudar a penetrar nesse espaço significativo.

Convido desde já o leitor para no próximo editorial me acompanhar pelos caminhos a que esse tipo de leitura nos conduz.

Referências

- DiMascio, A., Boyd, R. e Greenblatt, M. (1957): Physiological correlates of tension and antagonism during psychotherapy: a study of interpersonal physiology. *Psychosomatic Medicine*, 19: 99-104.
- Levenson, R. e Ruef, A. (1992): Empathy: A Physiological Substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 234-246.
- Batson, C. e Coke, J. (1983): Empathic motivation of helping behavior. Em J. Cacioppo e R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology: A Source Book*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Baughier, D. e Gormly, J. (1975): Effects of personal competence on the significance of interpersonal agreement and disagreement: physiological activation and social evaluations. *Journal of Research Personality*, 9: 356-365.
- Gormly, J. (1974): A comparison of predictions from consistency and affect theories for arousal during interpersonal disagreement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30: 658-663.
- D' Augelli, A., Handis, M., Brumbaugh, L., Illig, V., Searer, R., Turner, D. e D' Augelli, J. (1978): The verbal helping behavior of experienced and novice telephone counselors. *Journal of Community Psychology*, 6: 222-228.
- Ehrlich, R., D' Augelli, A. e Danish, S. (1979): Comparative effectiveness of six counselor verbal responses. *Journal of Counseling Psychology*, 26: 390-398.
- Lehman, D., Ellard, J. e Wortman, C. (1986): Social support for the bereaved recipient's and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 438-446.
- Miller, P. e Ingham, J. (1976): Friends, confidants and symptoms. *Social Psychiatry*, 11: 51-58.
- Edelstein, R. e Linn, M. (1985): The influence of the family on control of diabetes. *Social Science Medicine*, 21: 541-544.
- Brown, G. e Harris, T. (1978): *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Nova Iorque: Free Press.
- Marques-teixeira, J. (1998): *Psicossomática depressiva. Psiquiatria na Prática*

João Marques-Teixeira

